

Compartilhamento do diagnóstico do HIV/AIDS: um estudo com mulheres

*Camila dos Santos Gonçalves**

*Beatriz Teixeira Weber***

*Adriane Roso****

Resumo

Este artigo é fruto de pesquisa empírica cujo objetivo foi conhecer como mulheres HIV-positivo vivem seu cotidiano após o diagnóstico. Intencionamos assinalar alguns dos aspectos relativos à descoberta de estar soropositivo, bem como de aspectos referentes ao compartilhamento da soropositividade. Realizou-se pesquisa qualitativa, recorrendo a entrevistas semiestruturadas com mulheres usuárias de um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids. Com base na perspectiva da psicologia social crítica e das produções de autores cujo foco é a história da saúde, procedemos à análise de conteúdo. As categorias de análise elencadas foram: a) descobrindo a soropositividade; b) compartilhar ou não compartilhar; e c) a relação do casal depois do diagnóstico. O estudo confirma o desafio de compartilhar, ou não, a sorologia. Também salienta o preconceito ainda persistente no espaço de trabalho e acentua a importância dos serviços de saúde públicos de referência de HIV/aids no enfrentamento da epidemia.

Palavras-chave: psicologia social; promoção da saúde; HIV/Aids; mulheres.

Sharing the HIV/AIDS diagnosis: a study with women

Abstract

This article derives from an empirical research, whose aim was to understand how HIV-positive women live their daily lives after diagnosis. We intend to signal some of the aspects of becoming aware of being seropositive as well aspects of disclosure. We conducted a qualitative research design using semi-structured interviews with women attending a Center for STD/AIDS Counseling and Testing. Based on the perspective of Critical Social Psychology and on the productions of authors whose focus is on the History of Health, we proceeded with content analysis. The analysis categories listed were: (a) Discovering seropositivity (b) Sharing or not sharing, and (c) The relationship of the couple after the diagnosis. The study confirms the challenge of sharing or not the serology. It also emphasises the persistent bias at the workplace and stresses the importance of STD/AIDS public health services.

Keywords: Social Psychology; health promotion; HIV/Aids; women.

* Doutoranda do Programa de Pós graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Docente do Curso de Psicologia na Universidade Franciscana - Unifra. Contato: camilapsico@hotmail.com

** Doutora em História pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Professora do Programa de Pós graduação em História da UFSM. Contato: beatriztweber@gmail.com

***Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica - PUC-RS. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Contato: adrianeroso@gmail.com

Introdução

O artigo aqui apresentado deriva de uma pesquisa de campo¹ que se insere na linha de pesquisa Intervenções em Problemáticas de Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria. A linha de pesquisa tem como objetivo delinear estudos que investiguem a saúde em diferentes processos de desenvolvimento de acordo com os diversos contextos socioculturais. Considerando os aspectos de promoção da saúde e de prevenção da doença, são abordados os alcances, os impasses e as limitações das diferentes teorias e práticas pertinentes ao campo da psicologia e da saúde.

O Programa tem ênfase em Psicologia da Saúde, a qual tem entre seus pressupostos a promoção da saúde e o trabalho interdisciplinar em saúde. A promoção da saúde, em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde, refere-se a

uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. (Brasil, 2010, p. 12).

O trabalho interdisciplinar em saúde, por sua vez, é entendido aqui a partir da clássica visão de Japiassu (1976), isto é, um trabalho caracterizado pela intensidade das trocas entre os professores/pesquisadores e pelo grau de interação real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa. Deste modo, a produção da dissertação envolveu a articulação de dois grupos de pesquisa de áreas distintas. O primeiro grupo foca questões que envolvem corpo, saúde e doença e realiza pesquisas sobre práticas de cura em geral, especialmente sob o ponto de vista da história. O segundo visa, a partir da psicologia social crítica, promover elementos teórico-práticos para a promoção da saúde pelo contínuo questionamento sobre as relações de poder e sobre as verdades que permeiam as narrativas e os discursos cotidianos de diferentes atores sociais.

Um dos interesses em comum dos grupos de pesquisa citados é aquele que envolve o estudo do HIV/Aids na região central do Rio Grande do Sul, que será o foco

desse texto. Levando em conta que dentre os sujeitos infectados pelo HIV as mulheres têm um lugar diferenciado, já que aspectos culturais e o risco de transmissão vertical colocam-nas em situações de vulnerabilidade, acreditamos ser importante investir em pesquisas com essa população.

Estudar o impacto gerado pela epidemia do HIV/aids entre as mulheres não é recente, pois o HIV/Aids tem sido uma preocupação recorrente em inúmeros estudos (Botti, Waidman, Marcon & Scochi, 2009; Brunetti, 2009; Giacomozzi & Camargo, 2004; Guimarães, 1992, 2001; Lages, 2007; Marques, Tyrrell & Oliveira, 2007; Roso, 2000, 2007, 2009; Silva, Alvarenga & Ayres, 2006), principalmente, a partir do crescimento dos índices apontados pelo Ministério da Saúde a partir da década de 1990.

Mesmo que os primeiros casos de aids entre mulheres tenham ocorrido concomitantemente aos primeiros casos entre homens, só muito tempo depois, entre o final dos anos 1980 e início dos anos 1990, a epidemia do HIV entre mulheres começou a atrair atenção. Nesse período, surgiram os primeiros casos de aids em bebês, filhos de mães portadoras do vírus. Assim, até haver crianças infectadas, a dimensão da epidemia da aids entre as mulheres parecia não ser significativa. No entanto, essa demora na percepção da vulnerabilidade acarretou uma falta de estratégias de prevenção direcionada a este público e, com isto, criou-se uma falsa ideia de proteção (Mendonça, 2009; Villela, 2007).

Como mostra o *Boletim epidemiológico* brasileiro (Brasil, 2009), dos 2,7 milhões de novos casos da doença estimados para 2008, 48% foram em mulheres. Com relação às taxas de incidência segundo o sexo, as maiores taxas entre as mulheres estão na faixa etária de 30 a 49 anos. Além disso, dos cem municípios com 50 mil habitantes, os vinte primeiros colocados são da Região Sul, estando a maioria deles localizada no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina.

Foi a partir do final da década de 1980 que a epidemia começou a disseminar-se praticamente por todo o território nacional, com taxas de incidência em morbimortalidade crescentes em quase todos os estados do Brasil (Santos, 2007, p. 15). As transformações no perfil da aids no Brasil, embora com dinâmicas regionais e populacionais distintas, devem-se, entre outros elementos, à difusão geográfica da doença a partir dos grandes centros urbanos em direção aos municípios de médio e pequeno portes do interior do País (Brito, 2006).

A aids no Brasil, lembram Reis, Czeresnia, Barcellos e Tassinari (2008), evoluiu de forma diferenciada e seu

¹ A pesquisa de campo compôs a dissertação de mestrado da primeira autora, orientada e coorientada respectivamente pelas coautoras do artigo, no PPGP da UFSM.

perfil epidemiológico sofreu muitas transformações desde o registro dos primeiros casos, como observa-se naquilo que vem sendo chamado de interiorização da epidemia, “ou seja, a propagação da epidemia para um número cada vez maior de municípios distantes das principais áreas metropolitanas, atingindo fortemente aqueles que vivem em comunidades menos assistidas” (p. 1219).

Podemos afirmar que o HIV/aids entre as mulheres continua sendo um problema de saúde pública que merece atenção com relação, não só à prevenção, mas às estratégias de promoção da saúde, e compreender a temática da feminização da aids envolve questões relacionadas à história da doença nas mulheres, às relações socioculturais de gênero e às produções de sentido em seus cotidianos (Carvalho & Piccinini, 2008; Cechin & Selli, 2007; Pereira & Costa, 2006).

Levando em conta que existem “poucos estudos enfocando a epidemia e as subepidemias, em relação à difusão geográfica do HIV/aids ou pelo menos focalizando municípios para além das grandes metrópoles” (Santos, 2007, p. 15), a dissertação, da qual esse texto deriva, objetivou conhecer como mulheres soropositivas, moradoras na região central do Estado do Rio Grande do Sul, vivem seu cotidiano após o diagnóstico da infecção pelo HIV. No presente artigo, pretende-se sinalizar especificamente alguns dos aspectos relativos à descoberta e compartilhamento da soropositividade. Desse modo, quer-se trazer contribuições no que se refere à interiorização da epidemia e aos estudos no campo da saúde da mulher.

Realizamos uma pesquisa de delineamento qualitativo, recorrendo a entrevistas semiestruturadas com mulheres, usuárias de um serviço de saúde público de referência de HIV/aids. A perspectiva da psicologia social crítica e as produções de autores que focam a história da saúde guiaram nossa trajetória de compreensão dos dados.

Após detalhar os procedimentos metodológicos, apresentaremos as participantes na pesquisa e demarcaremos alguns dos elementos contextuais que podem trazer implicações às mulheres entrevistadas. Então, apresentaremos as categorias de análise que nos ajudaram a enfrentar os objetivos desse artigo.

Procedimentos metodológicos

A pesquisa tem como campo um serviço público de saúde de referência para HIV/aids localizado em uma cidade de médio porte no interior do Rio Grande do Sul. Os participantes foram oito mulheres usuárias desse serviço, com idades entre 25 e 50 anos e diagnóstico de soropositividade para o HIV conhecido há mais

de seis meses. Tomou-se o tempo de diagnóstico como critério de inclusão, considerando que o espaço de tempo permite à maioria das pessoas desenvolver estratégias de adaptação e enfrentamento (Paulilo, 1999). Não foi predeterminado o número de mulheres entrevistadas, utilizando-se o critério de “saturação” (Bauer & Aarts, 2008, p. 59), que determina que o recrutamento termine no momento em que uma nova entrevista não acrescenta algo de novo.

No que se refere aos procedimentos éticos, foi solicitada a autorização institucional para a realização da coleta de dados no local da pesquisa, e também foi obtido o consentimento das participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria e segue as exigências e procedimentos das Resoluções 196/96 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 1996).

Em um primeiro momento, houve uma aproximação com a equipe de trabalho do serviço de saúde, campo de pesquisa, para esclarecimentos sobre a proposta e ambientação necessária. Posteriormente, foi colocado um cartaz no mural da sala de espera do serviço com o convite extensivo a voluntárias que desejassem participar da pesquisa. Também foi realizado o convite de forma privada durante os atendimentos individuais com especialistas. Desta forma, houve mais tempo e oportunidade de divulgar e esclarecer as mulheres sobre a pesquisa. Então, conforme a manifestação de interesse, elas foram consultadas para o agendamento das entrevistas.

A modalidade de entrevista utilizada foi individual e semiestruturada. O emprego da entrevista qualitativa do tipo semiestruturada permite o acesso aos dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão detalhada de crenças, atitudes, valores e motivações. É um processo social interativo em que as palavras são o meio principal de trocas (Gaskell, 2008; Minayo, 2008).

As entrevistas foram realizadas no período de maio a junho de 2010 em horário estipulado pelas voluntárias no próprio espaço do serviço de saúde. Respeitando a solicitação de uma das mulheres, uma das entrevistas foi em sua residência. As entrevistas duraram, em média, quarenta minutos; foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra e analisadas. As mulheres aqui apresentadas serão designadas pela letra M seguida da numeração de um a oito.

Elaborou-se um roteiro de perguntas, que não foi seguido à risca, pois estas se desencadeavam de acordo com a

história singular de cada mulher. Dentre as perguntas feitas que se referem aos objetivos desse artigo estão: Como você se sentiu ao receber o diagnóstico de HIV positivo? Como ficou seu dia a dia após o diagnóstico? Você contou seu diagnóstico para alguém? Como foi a reação de seus familiares [e outras pessoas] diante de seu diagnóstico?

Para a análise, optou-se pela leitura flutuante das entrevistas, para, então, proceder com a análise de conteúdo. Nos discursos das entrevistadas foram assinalados os temas que apareceram de forma significativa e recorrente, seguindo o critério de permanecer internamente coerente (Bauer & Aarts, 2008; Minayo, 2008). Escolheu-se esse tipo de análise, pois configura a flexibilidade da técnica em que se busca algo além de uma conclusão informativa, ou seja, uma melhor compreensão do fenômeno discursivo a fim de clarear as origens das práticas exercidas pelas entrevistadas. Classificar elementos em categorias possibilita a organização da investigação, de modo que cada discurso possa ser agrupado em termos de similaridade (Bardin, 2004; Minayo, 2008).

Todas as partes deste estudo foram atravessadas pelo fundamento epistemológico do construtivismo social, no qual a realidade externa é produto da inter-relação do sujeito com o mundo, que concebe o indivíduo como entidade social e símbolo vivo do grupo que ele representa. Esses sujeitos, devidamente contextualizados, têm o poder de representar o grupo no indivíduo. Parte-se do pressuposto de que os instrumentos para acessar o mundo objetivo são socialmente construídos e destaca-se o papel da linguagem na construção da realidade social (Roso, 2000; Roso & Parker, 2002; Spink, 2003).

Resultados

Caracterização da população/participantes

Com relação ao nível de escolaridade, as participantes desta pesquisa têm o seguinte perfil: quatro têm ensino médio completo, uma completou o ensino fundamental e três têm ensino fundamental incompleto. Quanto à religião/espiritualidade, três são católicas, quatro são evangélicas (pentecostais) e uma é espírita. Quanto à cor de pele, conforme autorreferência eram: cinco brancas, duas pardas e uma negra.

A maioria das mulheres, na época da entrevista, relatou estar com um companheiro. Desses, apenas um é soropositivo. Sobre a exposição ao risco, todas afirmaram terem sido infectadas via relação sexual. O período de diagnóstico de duas delas foi em média de oito anos e, das outras, o tempo variou de três anos a um ano e

quatro meses. Sobre as razões que levaram à realização da testagem, metade delas referiu que foi via exames exigidos durante a gestação; duas, em razão de outras doenças; e outras duas buscaram o teste voluntariamente.

Todas têm filhos, com idades entre dois meses e 26 anos. A maioria dos filhos tem mais de dez anos, e apenas três deles têm menos de três anos. Segundo as entrevistadas, nenhum filho positivou para HIV. Quanto à medicação para a aids, cinco das mulheres estão fazendo uso dela e as demais não fazem acompanhamento medicamentoso, sendo que uma tomou apenas durante a gestação para evitar a transmissão vertical.

Análise das representações e cenas do cotidiano

A seguir, apresentaremos os resultados com base nas categorias de análise elencadas para enfrentar os objetivos desse artigo, sendo elas: a) descobrindo a soropositividade; b) partilhar ou não partilhar; e (c) a relação do casal diante do diagnóstico. Na sequência, faremos a discussão e análise dessas categorias.

Descobrendo a soropositividade

As mulheres entrevistadas relataram dois tipos de reação diante da revelação do diagnóstico: algumas já o esperavam e outras nem se imaginavam com o risco de infecção. Aquelas que já desconfiavam, ou esperavam o resultado positivo, suspeitavam (ou já tinham confirmação) da soropositividade de antigos companheiros. Dentre esses casos, algumas delas adiaram a realização do exame por medo da confirmação; ou ainda, mesmo já tendo feito o exame, não buscaram o resultado por temor.

Ao ser confirmado o diagnóstico, a reação mais comum é responsabilizar/culpabilizar o parceiro, como ilustram as falas que seguem:

E ele, não, *ele sempre aprontou* e continua aprontando. E ele, pra mim, é uma pessoa assim, que *eu quero ver o diabo na minha frente, mas eu não quero ver ele*, nem pintado de ouro, nem de qualquer coisa. (M7, grifo das autoras).

Fui pela ignorância de confiar em alguém com quem eu era casada há oito anos. A gente teve um..casa e separa, casa e separa...a gente vai achando que volta e tá tudo bem. Não tá tudo bem, não sabe o que fez na separação. *Veio e me trouxe isso*. (M6, grifo das autoras).

Todo mundo é contra... é contra o meu marido, ninguém gosta mais dele [...] *por causa dele que eu tô assim*, senão

não taria, porque eu não andava com ninguém ... eu era casada, eu andava só com ele, e eu nunca usei camisinha [ou] essas coisas com ele. Então, quer dizer que *foi ele que me passou*. (M3, grifo das autoras).

Por outro lado, essa reação é superada com o passar do tempo, como diz M6 *“Hoje converso com ele total, não fiquei com rancor”*. Assim, enquanto a primeira responsabilização, diante da infecção, refere-se ao outro, a segunda aparece no discurso destas mulheres como uma postura de coparticipação, de autopercepção de sua exposição ao risco de infecção como descuido, descrença e negação:

“eu pensava que eu jamais ia contrair o vírus... isso eu pensava e *me expus também*, daí fui afetada e me relacionei com uma pessoa que tinha e fui afetada [...] eu procurei ajuda, eu não me abalei, eu, como eu te disse, mais ou menos *eu já sabia que eu teria esse risco*, eu não me abalei [...] Eu sabendo que *tava errada*, né, que não precisava ter me envolvido. (M1, grifo das autoras).

Eu *peguei de sem-vergonhice* mesmo. *Eu sabia...* eu sabia que a pessoa que eu me envolvi tinha, mas eu não acreditava, mas eu sabia... me avisaram, me disseram [...] pensava que era mentira porque o rapaz era tão bonito e tão bem de vida, tão disposto, sabe, não... Eu pensava que não tinha... mas *eu sabia que ele tinha*, mas *não queria assumir que eu sabia*, e também eu tava envolvida. (M4, grifo das autoras).

Só fui pegar mesmo porque achava e confiava que aquela pessoa não tinha nada, né. Confiava demais naquela pessoa. [...]. Eu acho que *fui boba*. *Sabendo que* ele vinha de outra relação, *sabendo até* que ele tinha relações até com prostitutas, *sabendo que* tinha outras pessoas. (M6, grifo das autoras).

Ao manifestar que permitiram a exposição por confiança ou por outra razão, elas se colocam no lugar de participantes que, por ação ou omissão, se puseram em risco. Para Ayres, França Júnior, Calazans & Saletti Filho (2003), a vulnerabilidade está relacionada aos componentes individuais e sociais referentes à capacidade individual de elaborar informações e ao interesse e possibilidade social de incorporá-las aos repertórios cotidianos.

Neste sentido, diante da descoberta da soropositividade, as entrevistadas mostram-se coerentes sobre as diferentes possibilidades de infecção, revelando uma corresponsabilização de ambos os sexos no risco e na exposição ao HIV.

Compartilhar ou não compartilhar

As mulheres aqui apresentadas afirmaram escolher muito bem as pessoas com quem se sentiam confortáveis para expor seu diagnóstico, pois revelá-lo não pareceu ser uma tarefa simples para nenhuma das entrevistadas. Cada uma traçou estratégias, conforme suas condições, para poder compartilhar este fato. Dentre o universo estudado, as primeiras pessoas com as quais elas compartilharam a notícia foram os companheiros da época do descobrimento, os familiares próximos, como filhos, irmãos e alguns amigos. Elas também referiram que, quando possível, entraram em contato com o companheiro anterior para alertá-lo sobre a realização do exame.

A revelação de sua sorologia positiva para HIV para os familiares mostrou-se um desafio, que nem todas ainda haviam conseguido superar. Algumas das entrevistadas confirmaram o apoio familiar como um diferencial para o enfrentamento da doença. Assim, houve estreita relação entre a revelação e a obtenção de apoio emocional e estrutural, como mostramos na sequência.

Daí, eu procurei ajuda da família, em primeiro lugar, *me apoiaram* [...] fizeram o possível pra me ajudar, ninguém me discriminou, ninguém me condenou, ninguém me julgou. (M1, grifo das autoras).

Mas eu *tenho todo o apoio* deles [irmã, irmão, cunhada], né. E eles não mudaram comigo. (M7, grifo das autoras).

Só o apoio da família mesmo, só o apoio da família e de quem gosta, porque o resto... (M4).

Outras mulheres ainda mantêm segredo para alguns familiares, justificando fazê-lo por não querer dar maiores preocupações aos mais velhos (normalmente os pais), ou por imaginar que receberão deles uma atitude discriminatória.

Porque *ninguém sabe, do restante da minha família*. [...] tem outros meus irmãos que *são preconceituosos* [...] Se não vão me ajudar, então não me atrapalhem, né [...] Porque, se eu tivesse contado para o outro meu irmão, *ele já teria me detonado*. De repente até de nem tomar chimarrão junto. *São assim bem preconceituosos* mesmo, sabe. Então, eu disse que se descobrirem, só depois da minha morte. (M7, grifo das autoras).

Minhas irmãs sabem, tem alguns sobrinhos que sabem, *quem não sabe é a minha mãe...* minha mãe só [...] eu es-

condi dela porque ela tem problema de depressão, essas coisas, e as gurias não contaram, mas meus sobrinhos tudo sabem, meus irmão, [...] tudo sabe, e *o parentesco mais longe não contei... contei só pros mais íntimos, né, que eu tenho confiança*. (M3, grifo das autoras).

Dependendo da estrutura emocional e da qualidade da rede de apoio, revelar o diagnóstico, para essas mulheres, mostrou-se positivo pela resposta acolhedora dos escolhidos. Já, para compartilhar a soropositividade com quem não é da família, necessitaram de algumas estratégias diferenciadas, como a apresentada por M8:

Eu *dei umas “pinceladinhas”* assim com uma colega [...] *comentei sobre aquela novela* que tava passando o depoimento de pessoas que são positivas, né. Aí eu comentei um dia, eu disse “você viram, gurias, tal novela tava passando”, pra ver a reação. “Vocês viram, tá passando depoimento sobre pessoas que são positiva, né, tão, parece que tão... tão bem ali no depoimento”. (M8, grifo das autoras).

Por outro lado, pela idade ou pelas formas de comunicação familiar, nem todos os filhos das mulheres entrevistadas sabem sobre a sorologia da mãe ou de ambos os pais. Muitas das participantes justificam ter vontade de contar, querer compartilhar, até como forma de alerta para os filhos. Porém, elas aguardam um maior amadurecimento deles, apesar de, em muitos casos, eles já terem manifestado reconhecer que algo acontece com a saúde da mãe (acompanham a rotina de exames e remédios). Isso é destacado abaixo.

Das minhas crianças, lá não sabem, disso, né; só que eu tô esperando a minha filha ter uma idade maiorzinha, assim pra entender o que é a doença, também falar pra elas [...] porque elas veem eu tomar remédio de noite e de manhã também e me perguntam: “Mãe porque tu toma esse remédio todos os dias?”. Eu disse pra elas: “Não, a mãe tem que tomar vitamina, coisa e tal”. Falo isso pra elas e *elas nem desconfiam de alguma coisa*. (M5, grifo das autoras).

Eu não contei o meu diagnóstico pra elas ainda. Tenho falado sobre HIV e aids com elas. Tenho explicado como que era e como que tá agora. [...] eu comento assim. E eu sei que vai ter o momento que eu *vou ter que contar*. E eu tô falando alguma coisa já pra elas, né, porque eu sei que *vai ter o momento que eu vou contar*. (M8, grifo das autoras).

Só tem um detalhe: *a minha filha não sabe...* e eu quero que ela saiba. Eu necessito que ela saiba. Entendeu? Esses dias eu ia conversar com ela, mas ela não sabe [...] e *eu queria que ela soubesse*, porque assim, além de mãe, ela é super amiga, eu sou super amiga dela. Então, falta esse detalhe na minha convivência com ela, de eu contar. (M7, grifo das autoras).

Outra questão importante a tratar é a decisão de revelar a doença em outros ambientes de relações sociais, como os locais de trabalho ou para os vizinhos. Nesse sentido, para as que relataram estar trabalhando fora de casa, a relação de trabalho mostrou-se significativa e geradora de preocupação quanto à descoberta da sorologia positiva, como é observável a seguir.

Se tivesse uma campanha contra o preconceito, que eu pudesse ajudar, eu gostaria de mostrar a cara. Mas sabe por que que eu não faço isso? Pelo *receio de daqui um pouco eu não tenho mais emprego* [...] Eu tenho esse receio porque eu andei pesquisando, eu *li depoimento, de várias pessoas que perderam o emprego*. E chegaram e comunicaram pro chefe que fizeram o teste, que o resultado foi positivo. Aí, dois, três meses depois foram demitidos. *Eu tenho esse receio, sabe?* (M8, grifo das autoras).

Então, às vezes *eu tenho medo*. Se chegam a descobrir *são capaz de me despedirem*, né. Com certeza, eu acho, né, eu não sei, eu não sei o que pensam, né, porque tem pessoas que realmente fazem maldade, né? (M7, grifo das autoras).

Esses discursos sinalizam uma realidade complexa, na qual o medo da revelação do diagnóstico aparece como um complicador na manutenção do vínculo de trabalho, pois, mesmo os portadores de HIV sendo amparados por leis trabalhistas, ainda se apresentam vulneráveis nas relações de trabalho. Segundo Santos (1996), o estigma que a doença traz acaba refletindo nos demais círculos sociais, indicando uma restrição do exercício da cidadania, como no local de trabalho, onde há o temor de sua sorologia ser descoberta pelos empregadores e colegas de trabalho. Assim, concluímos que os motivos para não revelar, nos casos acima, estão ligados à preservação e à proteção, tanto de si mesmas como também de pessoas próximas, diante dos efeitos emocionais gerados pela revelação.

A relação do casal diante do diagnóstico

Todas as mulheres fizeram exames confirmatórios para o HIV antes de seus companheiros. Ao descobrirem

sua sorologia, tornaram-se as mensageiras dessa notícia e, na maioria dos casos, responsáveis por comunicar ao companheiro, ou ex-companheiro, sobre sua possível infecção.

Foram observados casos em que o casal não conseguiu manter o vínculo, pois a revelação do diagnóstico rompeu as relações de confiança e troca, resultando no afastamento. Foi o caso de M4.

Ele não queria se tratar. Até não quer. Não tô com ele por causa disso. Ele começou a se atirar em crack, álcool. [...] *me separei dele por causa disso*, que eu tava mal, tava vendo que eu tava mal, nada parava no meu estômago, eu não comia mais, eu não tinha mais vida, não tinha. (M4, grifo das autoras).

Houve situações em que algumas mulheres descobriram-se soropositivas e já estavam em uma nova relação, diferente daquela à qual atribuíam à infecção e, após a revelação aos atuais companheiros soronegativos, as mulheres referem ter recebido apoio e aceitação, e revelam que a sorodiscordância parece não ter prejudicado a relação.

Quando eu conheci esse meu companheiro, eu fazia pouco tempo que tinha feito o diagnóstico; *não mudou muita coisa* não, né, *ele não tem, por exemplo, o vírus*, ele não tem nenhuma doença sexualmente transmissível, não tem... não tem nada e esses [...] anos que a gente estamos juntos ele é bem sadio, então pra mim não mudou nada, *não vi acontecer nada assim, nessa parte com ele*, né. (M1, grifo das autoras).

Teve o resultado e meu marido teve que fazer também, né, mas o *dele deu negativo*, até *ele ficou espantado*, como, né? A gente há [...] anos [...] junto e não contaminei ele. [...] Pra mim foi importante o [nome companheiro] estar do meu lado e me apoiar, mesmo sem ele saber se tinha se contaminado ou não, isso foi muito importante, ter uma pessoa. (M2, grifo das autoras).

Daí eu vim, terminei com ele e *encontrei essa outra pessoa que me aceitou*, não teve medo de mim, não teve medo de outras coisas. E me aceitou, ficou comigo. *Não tem [o HIV], é negativo*. (M6, grifo das autoras).

Da mesma forma, as entrevistadas assinalaram a relevância do apoio conjugal para enfrentar o diagnóstico e o dia a dia de cuidado, além da construção de planos compartilhados com seus companheiros. Assim, os discursos

revelam essa tomada de decisão do casal de enfrentar as adversidades diante do diagnóstico positivo de um ou de ambos, lidando de forma madura e franca com o fato.

No caso, se é casal, tem que dar força pro teu marido continuar. E ele também “tu vai tomar tuas injeção, vacinas, não vai ficar doente, mas dói, mas é só uma dorzinha que passa”. [...]. Pra nós tá sendo bem normal. Assim, vai fazer quatro anos que nós estamos se tratando. Acho que é isso aí. (M5).

E, bah, cuida de mim [parceiro atual]! Então, tu fica pensando que “ah, acho que não vou mais encontrar ninguém assim”, mas pode ser que haja outras pessoas que não têm tanto preconceito, mas tem ainda. [...] Tem pessoas que têm muito medo, têm vergonha. Eu não, eu tô tranquila assim. Lido como se fosse uma outra coisa qualquer. (M6).

Observa-se que a união de forças do casal parece ser um forte instrumento de enfrentamento da questão. Isso vai ao encontro da recomendação de Praça & Gualda (2001) de que ações de atenção à saúde precisam reconhecer o aspecto cultural que permeia a relação do casal e identificar a mulher como ponto vulnerável na cadeia de transmissão do HIV. O planejamento de ações que intervenham junto ao casal para modificar esta condição deve receber apoio e reforço dos profissionais de saúde.

Discussão e análise

A categoria “Descobrimos a soropositividade” reforça outros estudos que trataram dessa questão (e.g., Almeida, 2004; Joffe, 1995; Roso, 2000; Roso & Bueno, 1998). Inicialmente, os sentimentos das mulheres que se descobrem soropositivas voltam-se à responsabilização e culpabilização do parceiro, especialmente no que se refere à infidelidade conjugal.

É comum circular a representação de que o homem precisa ter relações sexuais fora do relacionamento estável e que isso faz parte da realidade dos homens “casados”, quando, muitas vezes, as mulheres fazem “vistas grossas” à infidelidade (Roso, 2000; Silva, 2002). A fidelidade, por exemplo, aparece “associada à perda de interesse sexual. Isto é vivido como um prejuízo para a masculinidade, configurando-se num dos fatores que o levam a se manter infiel” (Guerriero, Ayres & Hearst, 2002, p. 54). Mas, como toda representação é acompanhada de contradições (Marková, 2006; Moscovici, 2012), entende-se que, ao mesmo tempo em que existe um consentimen-

to, há uma condenação desse tipo de comportamento. Consentimento porque, em certo sentido, as mulheres têm conhecimento da investida extraconjugal e permanecem na relação, o que pode remeter a uma concepção de acomodação. Já a condenação indica um movimento de resistência com o rompimento (não querem saber do parceiro), protesto (afirmam ter raiva do parceiro que as infectou) e ação (muitas estão com um novo parceiro).

Assim, autorizar/acomodar-se e condenar/resistir são dois processos interdependentes que revelam, aberta ou sutilmente, como as relações conjugais vão se configurando. A troca de parceiro não garante o estabelecimento de relações de gênero mais justas, mas não deixa de ser uma tentativa das mulheres de mudar certos padrões de relacionamento. Podemos vê-las aqui como “sujeitos” de seu saber, na medida em que refletem e buscam razões para a ação e para a mudança. E assim, elas vão descobrindo respostas para seus problemas e empoderando-se na relação e no diálogo.

Com o passar do tempo, as experiências cotidianas, inclusive experiências com os discursos midiáticos (como foi o caso de M8, que recorreu à história da novela para abrir uma brecha à revelação da soropositividade), vão levando essas mulheres a assumir a responsabilidade sobre seus atos. Passam a acreditar que a culpa é delas, já que não tomaram medidas protetivas quanto à exposição ao risco de infecção. À medida que se culpabilizam, seus discursos aproximam-se dos discursos homogêneos que revitalizam o poder disciplinar (Foucault, 1999) que se manifesta no (auto)vigiar, no (auto)punir.

Quanto à categoria “Compartilhar ou não compartilhar”, observou-se que essa é uma questão ainda não resolvida e que merece a atenção dos profissionais da saúde, pois é fonte de sofrimento e incertezas. Se, por um lado, manter o segredo gera sofrimento, além de sentimentos de solidão e isolamento (Rabuske, 2009), por outro, contar não garante o conforto e felicidade/segurança do portador.

As duas ações, contar ou não, mostram-se geradoras de estresse e sofrimento, justificando, para algumas pessoas, o adiamento desta revelação. Isso porque contar carrega o medo da possível reação negativa do outro e leva a pensar que podem acabar sofrendo algum tipo de preconceito. Da mesma forma, o contar pode gerar muitas outras preocupações e fantasias no outro, implicando até o risco de quebra da relação afetiva. Enquanto elas refletem sobre o compartilhamento do diagnóstico, também mostram apropriação de uma conscientização sobre si mesmas, o que revela, conforme Guareschi

(2009), o sujeito como ser ativo, capaz de elaborar seu contexto cultural e histórico, conduzindo-o para uma maior liberdade.

Nessa categoria, confirmaram-se os resultados de pesquisas como a de Neves, Moraes, Mendes, Souza & Santos (2010) e a de Cardoso, Marcon & Waidmanill (2008), que mostram que a revelação da soropositividade pode produzir sentimentos diversos e difíceis, como desespero, conformação, raiva, revolta, rejeição e exclusão social. Esses sentimentos, pensamos, estão ligados diretamente ao estigma e discriminação resultantes das representações da aids e têm consequências diretas no modo como as mulheres vivem seu cotidiano, seja no trabalho ou na família.

Conforme Aggleton, Wood, Malcolm & Parker (2005), o medo do estigma e da discriminação desencoraja as pessoas que vivem com HIV a declararem sua sorologia. A não revelação à família frequentemente conduz, por exemplo, à falta de planejamento, à possibilidade de deixar órfãos sem amparo.

Não sabemos dizer ainda se há diferenças com relação às experiências de discriminação entre mulheres que vivem na capital ou região metropolitana e mulheres que vivem em cidades do interior. Ao que parece, esse problema não faz parte/não é central do/no cotidiano das mulheres que entrevistamos, pois todas contaram pelo menos a um de seus familiares, o que se contrapõe a outros estudos indicativos da existência e permanência do sigilo até mesmo com relação à família (e.g., Machado, Padoin, Paula, Vieira & Carmo, 2010; Abdalla & Nichiata, 2008), especialmente quando os vínculos familiares são frágeis.

Assim, levantamos a hipótese de que essas mulheres enfrentam de modo diferenciado o compartilhar a sorologia com familiares por estarem fazendo acompanhamento em um serviço especializado em HIV/aids. Apesar das dificuldades estruturais e políticas do serviço que atende as mulheres que participaram dessa pesquisa, ele ainda é referência na cidade e considerado, inclusive pelas mulheres entrevistadas, um local que acolhe adequadamente as portadoras.

No entanto, ainda é preciso ser dito que, se a questão de compartilhar o diagnóstico não se destaca com relação aos familiares, ela aparece fortemente com relação ao âmbito do trabalho. Em seus discursos, ficou evidente o desejo de contar aos colegas de trabalho, porém acompanhado do receio das consequências.

Assim, longe de estar resolvida, a reflexão sobre o compartilhamento do resultado positivo para HIV é ainda um dos principais desafios dos pacientes/das pessoas

soropositivos. Certamente há muito a ser discutido sobre a questão do compartilhamento da soropositividade, inclusive pensando em modos de auxiliar as mulheres a revelarem-na a seus filhos e no trabalho. Esforços têm sido feitos nessa direção, que podem ser observados na produção do “Kit Revelação Diagnóstica” (Galano, 2009) e nas recomendações da Organização Internacional do Trabalho sobre o HIV e a Aids e o mundo do trabalho (ONU, s.d.).

Na última categoria delineada nesse artigo, “A relação do casal diante do diagnóstico”, observamos, corroborando o estudo de Machado et al. (2010), que algumas mulheres mantiveram o relacionamento com o parceiro e outras, não. Também constatamos que são as mulheres que tomam a frente nos testes confirmatórios da sorologia para o HIV. Esse fato tem desdobramentos importantes em termos de promoção da saúde. Primeiro, é essa mulher que muitas vezes notifica a soropositividade àquele que a infectou (ao parceiro sexual). Então, precisamos oferecer suporte psicológico, e até técnico, a essa mulher, visto que os desafios cotidianos mostram-se recorrentes e constitutivos de um “conviver com” este diagnóstico difícil.

Segundo, como as mulheres deste estudo apontaram ser *são* as que mais buscam atendimento em saúde, aí pode encontrar-se uma brecha para aproximar os homens do serviço de saúde. São elas que podem fazer a ponte entre o serviço de saúde e os homens, tanto aqueles com quem não se relacionam mais como com seus parceiros atuais. A sorodiscordância merece atenção em termos de promoção de saúde também, inclusive no que tange ao fortalecimento dos vínculos afetivos do casal.

Considerações finais

No presente artigo, objetivou-se sinalizar alguns dos aspectos relativos à descoberta e compartilhamento da soropositividade, buscando trazer contribuições no que se refere à interiorização da epidemia e aos estudos no campo da saúde da mulher. Os resultados não trazem novas informações se comparados a outros estudos na área. Porém, consideramos que essa pesquisa tem relevância justamente por abrir espaço de escuta a mulheres soropositivas em uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Nesse sentido, aspectos significativos da epidemia, como a feminização e a interiorização dos casos em crescimento, mobilizam estudos para melhor compreender os casos pertencentes a essas categorias. Estes fatores são de grande relevância para a compreensão dos novos movimentos necessários para ações preventivas mais eficazes.

Os resultados aqui apresentados marcam a importância das relações familiares e sociais diante do diagnóstico do HIV e o quanto revelar ou não revelar está atravessado por sofrimentos, produzindo forte indício do quanto é complexo para estas mulheres o ato de confiar aos outros esta situação. Ao longo do estudo, entendeu-se que o estar com HIV/aids é uma parte, por vezes pequena, dos desafios cotidianos, tendo um peso significativo, porém diminuído perto da força das relações e do apoio afetivo que podem ser recebidos, tanto no serviço de saúde quanto nas relações cotidianas. E os discursos das mulheres entrevistadas são prova de que é possível a reação e a reconstrução pessoal diante das adversidades em tempos de aids.

Percebeu-se que a questão de confiança com a rede familiar e social influencia diretamente a decisão de revelar, ou não, sua condição sorológica. Entende-se, portanto, que para um acompanhamento eficaz dentro de serviços de saúde, é preciso compreender tanto a questão da rede social como o acompanhamento dos desafios conjugais. Assim sendo, a relação com parceiros é aspecto relevante para a compreensão global do impacto da epidemia em mulheres e em seu contexto relacional.

A família aparece nas entrevistas como um ponto significativo de suporte. Mesmo para aquelas mulheres que ainda não revelaram sua condição, há a sensação de que podem contar com alguns familiares. Dentre os critérios de escolha para a comunicação da sorologia estão a confiança e a certeza de que serão amparadas e aceitas.

Cabe refletir que, mesmo nos casos em que a união do casal já estava desfeita, há necessidade de fortalecer as redes que amparam as informações e os encaminhamentos para o cuidado. Além do mais, os resultados indicam que as práticas protetivas podem ter maior eficácia se trabalhadas na interação do casal e na corresponsabilização de ambos.

As mulheres sinalizaram uma realidade complexa, na qual o medo da revelação do diagnóstico aparece como um complicador na manutenção do vínculo de trabalho, pois, embora os portadores de HIV sejam amparados por leis trabalhistas, ainda são vulneráveis nessas relações. Essa situação revela que a legislação e sua fiscalização ainda necessitam de um maior rigor. Percebe-se, também, a necessidade de oferecer mais informações e promover reflexões nas relações de trabalho sobre aspectos ligados à prevenção e ao preconceito. Para Nascimento (2009), há várias razões para que se silencie a respeito dessas situações de discriminação no trabalho, sendo possível que falte maior divulgação de informações sobre os direitos dos portadores e como acessá-los.

É preciso considerar, porém, que as mulheres participantes do estudo são integrantes de um grupo delimitado dentro do quadro epidêmico atual, haja vista que elas são usuárias de serviço público especializado de saúde. O tipo de acolhimento do local pode ter auxiliado para que elas se autorizassem a falar sobre seu cotidiano pós-diagnóstico. Pela falta de ter com quem compartilhar sua história, muitas vezes a equipe torna-se um dos principais vínculos de confiança para falar da questão. Ademais, as mulheres que aceitaram participar mostraram buscar ativamente ações que possibilitassem expressão e reflexão sobre sua condição, desvendando-se como locutoras dos resultados aqui apresentados.

Espera-se que as informações aqui expressas auxiliem na compreensão do cotidiano de mulheres soropositivas para o HIV, indicando desafios e possibilidades de construção de estratégias de enfrentamento e planejamento de ações em promoção da saúde. Algumas sugestões direcionam-se à necessidade de formulação de campanhas no campo do trabalho, dirigidas especificamente à população do interior do estado; criar novas estratégias que esclareçam os casais sobre a sorodiscordância; e oferecer suporte técnico e psicológico aos profissionais da saúde para que possam investigar, em conjunto com as mulheres, os padrões de relacionamento familiar que influenciam a vulnerabilidade em uma perspectiva transgeracional.

Referências

- Abdalla, F. T. de M. & Nichiata, Lúcia Y. I. (2008). A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 140-152. Recuperado em 6 de novembro de 2013 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200014&lng=en&tlng=pt.
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003). O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia & C. M. Freitas. *Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp.117-140). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Aggleton, P., Wood, K., Malcolm, A. & Parker, R. (2005). *UNAIDS. HIV - Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations. Case studies of successful programmes*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Apr. 2005. (UnAids Best Practice Collection). Recuperado em 16 de março de 2013 de http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_en.pdf.
- Almeida, M. R. C. B. (2004). *A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela História Oral*. Dissertação de Mestrado, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Recuperado em 16 de março de 2013 de <http://www.ppgen.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oAlmeida.pdf>.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. (Original publicado em 1977).
- Bauer, M. W. & Aarts, B. (2008). A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In M. W. Bauer & G. Gaskell. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (P. A. Guareschi, trad.). (7ª ed., pp. 39-63). Petrópolis: Vozes.
- Botti, M. L., Waidman, M. A. P., Marcon, S. S. & Scochi, M. J. (2009). Conflitos e sentimentos de mulheres portadoras de HIV/Aids: um estudo bibliográfico. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43(1), 79-86.
- Brasil. (1996). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Resolução 196. Brasília: CNS.:
- Brasil (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim epidemiológico. 2008-2009*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 16 de março de 2013 de <http://www.aids.gov.br>.
- Brasil (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. (3ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brito, A. M. (2006). A evolução e distribuição social da doença no Brasil. *Com Ciência*. Recuperado em 13 de março de 2013 de <http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=13&id=116>.
- Brunetti, G. (2009). Aids e morte. In F. S. Santos (Org.). *A arte de morrer: visões plurais*, (Vol. 2, pp. 92-101). Bragança Paulista: Comenius.
- Cardoso, A. L., Marcon, S. S. & Waidman, M. A. P. (2008). O impacto da descoberta da sorologia positiva do portador de Hiv/Aids e sua família. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 16(3), 326-332. Recuperado em 16 de março de 2013 de <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a05.pdf>.
- Carvalho, F. T. & Piccinini, C. A. (2008). Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(6), 1889-1898. Recuperado em 13 de dezembro de 2009 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013621.pdf>.
- Cechim, P. L. & Selli, L. (2007). Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(2), 145-149. Recuperado em 2 de outubro de 2010 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000200004&script=sci_arttext.
- Foucault, M. (1999). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Galano, E. (2009). O uso do “Kit Revelação Diagnóstica” no trabalho com crianças e jovens portadores de HIV/Aids. *Práticas em Psicologia e Políticas Públicas*, 1, 3-29, Brasília: Centro de Referência Técnica em Políticas Públicas (Crepop)/Conselho Federal de Psicologia (CFP).
- Gaskell, G. (2008). Entrevistas individuais e grupais. In M. W. Bauer & G. Gaskell. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (Guareschi, P. A., trad.). (7ª ed., pp. 64-89). Petrópolis: Vozes.
- Giacomozzi, A. I. & Camargo, B. V. (2004). Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulher com parceiro fixo sobre prevenção da Aids. *Psicologia: Teoria e Prática*, 6(1), 31-44.
- Guareschi, P. A. (2009). *Psicologia social crítica: como prática de libertação*. (4ª ed.). Porto Alegre: Edipucrs.
- Guerriero, I., Ayres, J. R. C. M. & Hearst, N. (2002). Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 36(4), 50-60. Recuperado em 14 de março de 2013 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500008&lng=en&nrm=iso.
- Guimarães, C. D. (1992). *O comunicante, a comunicada: a transmissão sexual do HIV*. In V. Paiva. *Em tempos de AIDS: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores*. (pp. 147-157). São Paulo: Summus.
- Guimarães, C. D. (2001). *Aids no feminino: por que cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?* Rio de Janeiro: UFRJ.
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago.
- Joffe, H. (1995). Social representations of AIDS: towards encompassing issues of power. *Papers on Social Representations*, 4(1), 29-40. Recuperado em 20 de fevereiro de 2013 de [http://eprints.lse.ac.uk/24974/1/Social_representations_of_AIDS-towards_encompassing_issues_of_power_\(LSERO\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/24974/1/Social_representations_of_AIDS-towards_encompassing_issues_of_power_(LSERO).pdf).
- Lages, M. N. (2007). Vulnerabilidade feminina em tempos de Aids. In C. C. Paula, S. M. M. Padoin & D. Schaurich. (Orgs.). *Aids: o que ainda há para ser dito?* (pp. 143-156). Santa Maria: UFSM.
- Machado, A. G., Padoin, S. M. M., Paula, C. C., Vieira, L. B. & Carmo, D. R. P. (2010). Análise compreensiva dos significados de estar gestante e ter Hiv/Aids. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11(2), 79-85.
- Marková, I. (2006). *Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente*. Petrópolis: Vozes.
- Marques, S. C., Tyrrell, M. A. R. & Oliveira, D. C. (2007). Política de saúde da mulher frente à feminização da Aids. In C. C. Paula, S. M. M. Padoin, D. Schaurich. *Aids: o que ainda há para ser dito?* (pp. 97-110). Santa Maria: UFSM.
- Mendonça, L. S. C. (2009). *Histórias de enfrentamentos: as portadoras da infecção pelo HIV/AIDS em Pelotas (RS)*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Sociologia

- e Política, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul. Recuperado em 13 de dezembro de 2009 de <http://www.ufpel.edu.br/isp/ppgcs/downloads/liana.pdf>.
- Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.
- Nascimento, V. L. V. (2009). *AIDS e direitos humanos*. Curitiba: Juruá.
- Neves, R. L. R. M., Moraes, L. T., Mendes, P. M. S., Souza, M. C. P. & Santos, A. C. G. E. (2010). Sentimentos vivenciados por mulheres infectadas pelo HIV por meio do parceiro fixo. *Revista Interdisciplinar Novafapi*, 3(3), 26-32. Recuperado em 12 de novembro de 2013 de http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v3n3/pesquisa/p4_v3n3.pdf
- ONU. Organização das Nações Unidas. (n.d). *Recomendação sobre o HIV e a Aids e o mundo do trabalho*. Versão traduzida feita pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Emprego. Recuperado em 05 de dezembro de 2013 de <http://www.oitbrasil.org.br/content/recomenda%C3%A7%C3%A3o-sobre-o-hiv-e-Aids-e-o-mundo-do-trabalho>.
- Paulilo, M. A. S. (1999). *AIDS: os sentidos do risco*. São Paulo: Veras.
- Pereira, M. H. G. G. & Costa, F. (2006). O autocuidado em mulheres portadoras de HIV/AIDS. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 255-269.
- Praça, N. S. & Gualda, D. M. R. (2001). Percepção de risco para HIV/AIDS de mulheres faveladas segundo o modelo de crenças em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 35(1), 54-59.
- Rabuske, M. M. (2009). *Comunicação de diagnóstico de soropositividade para o HIV e de Aids para adolescentes e adultos: implicações psicológicas e repercussões nas relações familiares e sociais*. Tese de Doutorado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina.
- Reis, C. T., Czeresnia, D., Barcellos, C. & Tassinari, W. S. (2008). A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6), 1219-1228. Recuperado em 15 de março de 2013 de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/03.pdf>.
- Roso, A. (2000). Ideologia e relações de gênero: um estudo de recepção das propagandas de prevenção da AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2), 385-397. Recuperado em 26 de fevereiro de 2013 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200009&lng=en&nrm=iso.
- Roso, A. (2007). Os úteros bem-vindos e os úteros excluídos: análise dos discursos de profissionais da saúde sobre transmissão vertical do HIV-1 em Porto Alegre, Brasil. *Revista Educação Profissional: Ciência e Tecnologia*, 2(1), 101-114. Recuperado em 16 de agosto de 2010 de <http://www.epsv.fiocruz.br/beb/periodicos/mfn10596>.
- Roso, A. (2009). Narrativas de sofrimento e vitória: transmissão vertical do HIV-1 em Porto Alegre, Brasil. *Pensamento Plural*, (4), 155-180. Recuperado em 16 de agosto de 2010 de <http://pensamentoplural.ufpel.edu.br/edicoes/04/07.pdf>.
- Roso, A. & Bueno, S. N. (1998). Confie desconfiando: uma proposta de redução de danos entre casais com risco de contrair HIV. *Psico*, 29(2), 155-164.
- Roso, A. & Parker, R. (2002). Psicologia e a construção social da sexualidade: uma revisão dos conceitos de poder nos escritos de Foucault, Weeks e Rubin. *Psico*, 33(2), 327-342.
- Santos, E. M. (1996). AIDS e mulher: desafios para definições de políticas de intervenção. In R. Parker & J. Galvão (Orgs.). *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. (pp. 80-87). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Santos, N. A. (2007). *Vulnerabilidade de mulheres interioranas soropositivas à infecção pelo HIV/AIDS*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia.
- Silva, C. G. M. da. (2002). O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 40-49. Recuperado em 6 de novembro de 2013 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500007&lng=en&tlng=pt.
- Silva, N. E. K., Alvarenga, S. A. T. & Ayres, J. R. C. M. (2006). Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. *Revista de Saúde Pública*, 40(3), 474-481.
- Spink, M. J. (2003). *Psicologia social e saúde. Práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.
- Villela, W. (2007). Gênero e práticas de saúde: o caso da Aids entre as mulheres. In C. C. Paula, S. M. M. Padoin & D. Schaurich. *Aids: o que ainda há para ser dito?* (pp. 111-

Submetido em: 25-6-2013

Aceito em: 7-11-2013